

VANESSA DE OLIVEIRA CASAGRANDE

CISTO DE ERUPÇÃO OU HEMATOMA DE ERUPÇÃO

Monografia apresentada para obtenção do
título de Especialista em Odontopediatria
ao Departamento de Estomatologia, Setor
de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Paraná

CURITIBA

2011

VANESSA DE OLIVEIRA CASAGRANDE

CISTO DE ERUPÇÃO OU HEMATOMA DE ERUPÇÃO

Monografia apresentada para obtenção do
título de Especialista em Odontopediatria
ao Departamento de Estomatologia, Setor
de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Paraná

Orientador: Prof. Dr. Renato Cordeiro
Gugisch

CURITIBA

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, que acompanharam meus passos e abraçaram meus sonhos, expressando, na grandeza do sentimento e na sabedoria das palavras, amor, confiança, apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo sublime Dom da Vida e por proporcionar mais uma etapa vencida.

Ao meu esposo Edson,

Pelo companheirismo e amor, compartilhados nestes anos, os quais foram importantes para o meu crescimento pessoal.

A minha filha Aline,

A qual eu amo tanto, um verdadeiro presente de Deus.

Para meus pais,

Joamir e Cecilia, pelo constante incentivo, carinho e por serem responsáveis por minha formação humana e profissional.

Ao professor Renato,

Orientador deste trabalho, pela compreensão, paciência e apoio demonstrado no seu decorrer. Também por transmitir o seu conhecimento durante todo o curso.

Ao Professor José Vitor,

Pela oportunidade que tive de compartilhar dos seus ensinamentos, dedicação, amizade e pelo seu marcante trabalho desenvolvido ao longo destes anos, os quais contribuíram para o meu crescimento profissional.

*Aos professores Fernanda e Fabian,
Pelos ensinamentos transmitidos e dedicação durante todo o
curso.*

*As alunas da especialização Aline, Ana Silvia, Beatriz, Belise,
Dayane, Elisa, Giovana, Gisele, Graziele;*

*Pela troca de experiências, amizade, incentivo, espírito de
grupo e momentos vividos.*

*As pessoas que de alguma forma estavam envolvidas, na
realização deste sonho.*

“Matar o sonho é matarmo-nos.

É mutilar a nossa alma.

*O sonho é o que temos de realmente nosso,
de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.”*

(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

RESUMO	08
ABSTRACT.....	09
INTRODUÇÃO.....	10
REVISÃO DE LITERATURA.....	12
1- DEFINIÇÃO.....	12
2- ETIOLOGIA.....	14
3- EPIDEMIOLOGIA	17
4-SINAIS CLINICOS.....	20
5-TRATAMENTO	22
DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi através de revisão de literatura, discutir sobre uma manifestação local muito comum, causada durante o processo de erupção, o cisto de erupção também denominado hematoma de erupção, abordar suas características clínicas, fatores etiológicos, tratamento mais adequado e a importância do conhecimento desta lesão, por Odontopediatras e Pediatras, com base nestas informações, podemos orientar os pais com relação a tal assunto, procurando promover a saúde e o bem-estar da criança.

Palavras-chaves: Cisto de erupção, hematoma de erupção, erupção dentária

ABSTRACT

The objective of this work was through literature review, discuss a local manifestation caused widespread during the eruption, the eruption cyst or hematoma also called the eruption, to address their clinical, etiological factors, most appropriate treatment and the importance of knowledge of this injury, for dentists and pediatricians, based on this information, we must educate parents regarding this subject and seeks to promote health and well-being of children.

Key-words: Cyst eruption, hematoma eruption, tooth eruption

INTRODUÇÃO

Desde o tempo de Hipócrates, muitas especulações são feitas em relação às alterações locais e sistêmicas que a erupção dentária pode causar nos bebês. Ainda hoje, queixas em relação a este fenômeno são bastante comuns nos consultórios médicos e odontológicos que prestam atendimento a crianças em fase de erupção de dentes decíduos. Alguns sintomas são classicamente reconhecidos pelos pais como sinais do início da erupção dentária, que costumam dizer que seus bebês estão babando ou coçando a gengiva.

Dentro do desenvolvimento da criança, o período de erupção dentária que se dá por volta do sexto mês de vida, constitui um marco significativo na vida da criança e dos pais. Do ponto de vista psicológico, o indivíduo passa a ter consciência sobre os seus atos e adquire através do irrompimento dos dentes a possibilidade de modificar os objetos que lhe chegam à boca (GIGLIO, 1983).

Atualmente, cada vez mais pais de bebês se interessam em saber como cuidar da saúde bucal de seus filhos. Cabe a nós, odontopediatras, orientá-los e oferecer-lhes atenção e informações consistentes e seguras sobre suas dúvidas, anseios e expectativas em relação ao desenvolvimento de seus filhos. Acusando a erupção dentária como causadora de vasta sintomatologia local, e principalmente sistêmica, corre-se o risco de não investigar a saúde do bebê mais profundamente e, desta forma, perde-se a valiosa oportunidade de detectar doenças ainda em seu estágio inicial.

Hoje se aceita a erupção como um processo fisiológico normal que, como qualquer atividade orgânica, pode alterar-se com maior ou menor intensidade sob a influência de fatores pessoais e ambientais. Deste modo, não deve ser considerada como fator etiológico primário de qualquer manifestação geral (FRAIZ, KRAMER, VALENTIN, 1991).

Os períodos de erupção dos dentes, de modo geral, diferem entre as populações e áreas geográficas, pois podem ser influenciados por alguns fatores

como condições ambientais, nível sócioeconômico, raça, sexo e distúrbios locais, como a fibrose gengival e o cisto de erupção (GUEDES- PINTO, 1997).

A relação da erupção do dente decíduo com o aparecimento de manifestações locais e sistêmicas tem sido relatada ao longo de vários anos e continua sendo assunto controverso entre médicos, cirurgiões-dentistas e pais.

O primeiro profissional de saúde a ter contato com a criança é o médico pediatra e, portanto, esse profissional está em posição peculiar para supervisionar a saúde da criança desde o nascimento até a adolescência. Já a primeira consulta odontológica normalmente ocorre mais tarde, por volta do terceiro ano de vida. CORRÊA, VILLENA e FRASCINO (1997) comentaram que os pediatras, odontopediatras e clínicos gerais, que têm a oportunidade de acompanhar as crianças durante toda a sua infância, sendo assim tem maior possibilidade de detectar qualquer tipo de anomalia de desenvolvimento e até mesmo alguma alteração na erupção dentária no caso do cisto de erupção ou hematoma de erupção.

Este trabalho através de revisão bibliográfica tem o objetivo de discutir sobre o cisto de erupção ou hematoma de erupção, uma possível manifestação local ou sintoma causada pelo processo de erupção dentária. Esclarecer suas características clínicas e o possível tratamento adequado.

REVISÃO DE LITERATURA

No presente trabalho dividiremos a revisão de literatura para melhor compreensão, nos seguintes tópicos:

- 1- DEFINIÇÃO
- 2- ETIOLOGIA
- 3- EPIDEMIOLOGIA
- 4- SINAIS CLÍNICOS
- 5- TRATAMENTO

1-DEFINIÇÃO

ARAÚJO e ARAÚJO (1984) definiram o cisto de erupção como um tipo de cisto dentígero com localização extra-óssea, que se origina pelo acúmulo de um exsudado, com frequência hemorrágico, entre o epitélio reduzido do órgão de esmalte e a coroa do dente.

O cisto de erupção é formado a partir do folículo dentário da coroa de um dente em erupção. SHAFER (1985) relatou que o cisto de erupção é uma variação distinta do cisto dentígero associado à erupção de um dente decíduo ou permanente. Essencialmente é uma dilatação do espaço folicular à volta da coroa do dente em erupção, causada pelo acúmulo de líquido cístico ou sangue. Que ocorre em tecido mole e após a crista óssea.

Já KOCH et al., (1995); definiram o cisto de erupção como um tipo de cisto dentígero localizado nos tecidos moles. Normalmente ocorre em crianças em conexão a erupção dentária.

Segundo GUEDES-PINTO (1997), hematoma de erupção, anquilose, fibrose gengival e impactação dental promovem atraso na erupção dentária, porém o hematoma de erupção é um dos poucos fatores locais que provocam discreto atraso na erupção.

Segundo CORRÊA (1998), o cisto de erupção é considerado um fator local que afeta o processo de erupção. Durante o processo de erupção, o espaço folicular em torno do dente, pode encher-se com fluido tissular e produzir tumefação flutuante na crista alveolar.

LASKARIS (2000) definiu o cisto de erupção, como sendo uma variação em tecido mole do cisto dentígero associado a dente em erupção. Ocorre porque há uma separação do folículo dentário ao redor da coroa do dente. Podendo ser tanto na dentição decídua quanto na permanente, normalmente em incisivos, porém pode ocorrer em molares e caninos.

Conforme NEVILLE et al., (2004) o cisto de erupção é um cisto dentígero no tecido mole, que se desenvolve pela separação do folículo dentário envolvendo a coroa do dente em erupção, que está dentro do tecido mole sobre o osso alveolar.

O cisto de erupção ocorre dentro da mucosa sobrejacente quando um dente que está prestes a entrar em erupção. Ele é considerado um tipo de cisto dentígero que ocorre nos tecidos moles (BODNER, GOLDSTEIN e SARNAT 2004).

VALENTINE, CARVALHO e CANDELÁRIA (2007) afirmam que alguns fatores sendo de origem local ou sistêmica, podem alterar o processo de erupção dentária, como desnutrição, hipotireoidismo, hipopituitarismo, fibrose gengival, ausência de dentes, presença de dentes supranumerários, traumatismos alvéolos-dentários, alguns tumores e os cistos dentígero e de erupção.

GUEDES-PINTO (2010) definiu o cisto de erupção, como um tipo de cisto dentígero extra-ósseo, que ocorre quando o dente em erupção tem dificuldade de vencer resistências ao seu irrompimento na arcada, permanecendo com a face

oclusal da coroa recoberta por um capuz de mucosa gengival. Com isso favorece o desenvolvimento de um quadro inflamatório de natureza traumática.

2- ETIOLOGIA

Conforme SHAFER (1985) a causa do desenvolvimento desta forma de cisto dentígero, ou seja, o cisto de erupção é desconhecida. Sabe-se que o mesmo está associado ao processo de erupção dentária.

Analisando a literatura sobre erupção dental SEWARD (1972) percebeu que algumas alterações locais como, gengiva inflamada, sialorreia, cisto de erupção dentre outras, geralmente vem associadas ao processo de erupção. Para entender essa relação, o autor fez uma pesquisa junto das mães, as quais responderiam um questionário dizendo se percebiam o aparecimento de alguma manifestação e em caso afirmativo, qual era a manifestação. Para isto acompanhou duzentos e vinte e quatro (224) crianças que frequentavam ambulatórios médicos e através das respostas das mães observou que: a inflamação gengival foi o distúrbio local mais comum, em relação à erupção dos dentes decíduos anteriores. Outra manifestação bastante citada foi à ulceração na mucosa, o autor, contudo, suspeita que esta ocorra devido ao hábito que a criança tem de colocar objetos na boca e estes acabam machucando. Algumas mães também relataram o aparecimento de cistos de erupção, apesar de esta alteração ter sido pouco citada e a salivação excessiva aparece com frequência. Ao final da pesquisa o autor concluiu que a erupção dental pode sim ser acompanhada de distúrbios localizados.

FRAIZ, KRAMER e VALENTIN (1991), através de uma revisão de literatura procuraram discutir alguns aspectos fisiológicos da erupção dentária, buscando compreender sua relação com sintomas gerais e locais. Em suas análises verificaram a presença de diversas correntes de opinião que tentam esclarecer a relação entre a erupção dentária e sua manifestação geral e local. Manifestações como febre, falta de apetite, diarreia, erupções cutâneas e salivação excessiva não podem ser consideradas como consequência da erupção

dental, já que a erupção é um processo fisiológico normal e estas manifestações podem alterar-se com maior ou menor intensidade devido à influência de fatores pessoais e ambientais. Já as manifestações locais como úlceras bucais, hiperemia de mucosa e cisto de erupção podem estar presentes na área circunvizinha do dente em erupção e associadas ao momento de ansiedade pelo qual passa a criança, podem intensificar quadros de sintomatologia geral, principalmente alterações de humor, sono agitado e irritabilidade. E neste momento também a criança passa por avanços neurológicos que permitem a exploração do mundo externo, com isso existe a tendência de levar objetos e as mãos a boca podendo gerar processos de infecção são as responsáveis pelas manifestações gerais, sendo assim é necessário cuidado redobrado com a higiene.

Os principais fatores responsáveis pela indução do cisto de erupção ainda não estão bem definidos. AGUILÓ et al., (1998) realizaram uma análise de trinta e seis (36) casos de cisto erupção, correspondendo a vinte e sete (27) pacientes, os resultados revelaram, que a sua localização mais frequente é na maxila na dentição permanente, e que ocorrem em uma faixa etária entre cinco e nove anos. Seis casos apresentaram dois ou mais cistos erupção, e em três desses casos, as lesões eram bilaterais, simétricas e simultâneas. O autor sugere a associação com cárie precoce na infância, inflamação periapical crônica, trauma em dentes decíduos e predisposição genética. O cisto de erupção é uma lesão associada a um dente em erupção. Clinicamente aparece como um inchaço transparente se houver presença de sangue, cor azulada ou azul-negro da mucosa alveolar, sobre a coroa de um dente em erupção, podendo ser decíduo ou permanente.

ASSED (2003) estudou as manifestações orgânicas gerais e locais observadas durante a erupção dentária decídua. Encontrou relatos de diarreia, vômito, infecção respiratória, diminuição da resistência orgânica, tosse, corrimento nasal, distúrbios no sono, irritabilidade, febre, redução de apetite, convulsões, dentre outras reações orgânicas gerais. E com o intuito de eliminar estes sintomas pais e pediatras utilizam medicamentos alopáticos e homeopáticos, além de anestésicos tópicos para alívio da dor. As manifestações orgânicas locais são: aumento de sucção digital, bruxismo, inflamação da

gengiva, eritema, edema e prurido gengival, eritema da face, irritação local, hiperemia da mucosa bucal, salivação excessiva, tumefação gengival, herpes, cistos de erupção e úlceras bucais. Embora muitas vezes os dentes decíduos irrompem sem causar qualquer sinal e sintoma, em dois terços de todas as crianças eles podem ser observados. Segundo a autora a relação erupção dentária e o aparecimento de manifestações locais e gerais tem sido um assunto polemico entre médicos e odontólogos que necessita ser aprofundado.

KUCZEK, BEIKLER e FLEMMING (2003), relataram um caso de cisto de erupção em um menino durante o processo de erupção dentária, como um possível efeito adverso da administração da medicação cefalosporina A, devido a um transplante cardíaco. O diagnóstico clínico de cisto erupção foi confirmado pelo exame histopatológico. Relataram que a cefalosporina A é um agente imunomodulador potente, com uma grande variedade de aplicações, apesar de seu valor terapêutico possui efeitos múltiplos adversos. Realizaram a remoção cirúrgica do tecido que recobre a coroa do dente em erupção, também mudaram a medicação. Após vinte (20) meses não houve registro de recidiva do cisto. Portanto concluíram que a formação de um cisto de erupção pode ser um efeito adverso da cefalosporina em crianças com dentes em erupção.

ARAGÃO, VELOSO e MELO, (2007) avaliaram a opinião dos pediatras e odontopediatras de João Pessoa-PB quanto à sintomatologia local e sistêmica identificadas por eles durante o processo de erupção dentária decídua. Fizeram parte da pesquisa 56 profissionais sendo 19 (33,9%) Odontopediatras e 37 (66,1%) Pediatras, todos em atividade na cidade de João Pessoa. A maioria dos profissionais (94,6%) acreditava na ocorrência de sintomatologia na erupção de dentes decíduos, sendo a associação entre erupção e manifestações de ordem local ligeiramente mais frequente (89,3%) do que a manifestações de ordem geral (80,4%). Os Pediatras citaram como manifestações locais mais frequentes edema gengival (89,2%), aumento da salivação (83,8%) e inflamação da gengiva (51,4%). Já as manifestações locais citadas pelos Odontopediatras foram salivação aumentada (94,7%), hematoma de erupção (63,2%) e edema gengival (63,2%). Nenhum profissional mencionou a erupção como um processo patológico. Todos acreditavam ser um processo fisiológico, porém 92,7% julgavam que a erupção, como todo processo fisiológico, poderia causar

alterações que gerariam desconfortos na criança, enquanto que 7,3% acreditavam que os sintomas ocorridos durante este processo eram apenas coincidentes, pois a erupção não seria capaz de gerar nenhuma alteração no bebê. Destes sintomas gerais com maior frequência foi citada a irritabilidade (91,8%), em seguida da tendência de levar objetos a boca (89,7%), o sono inquieto (73,5%) e a febre (67,3%).

3- EPIDEMIOLOGIA

Conforme FRIEND, HARRIS e MINCER (1990); os processos fisiológicos são típicos e existem alterações de desenvolvimento e patologias próprias na faixa etária dos bebês. Sendo assim uma variedade de alterações pode ocorrer na cavidade bucal dos bebês, como os cistos de inclusão, os dentes natais ou neonatais, os cistos ou hematoma de erupção, a gengivite eruptiva, dentre outras.

BALDANI, LOPES e SCHEIDT (2001) realizaram um levantamento epidemiológico transversal com o objetivo de contribuir com dados sobre a prevalência de alterações em cavidade bucal de bebês, envolvendo crianças entre 0 e 24 meses de idade, atendidas nas clínicas de bebês públicas do município de Ponta Grossa - PR. Foram examinados 200 bebês, sendo 108 do sexo masculino e 92 do feminino. Do total de crianças examinadas, 130 apresentavam idade entre 0 e 12 meses e 70 delas, entre 13 e 24 meses. O exame clínico dos bebês foi realizado em macri (maca-criança), com luz natural, espátula ou gaze, o qual foi conduzido por um único examinador o Odontopediatra. Os pacientes que apresentaram alterações em cavidade bucal passaram por um segundo exame, em dispensário odontológico, com luz de refletor. Este foi conduzido por dois examinadores um Odontopediatra e um Estomatologista e quando necessário, foi instituído o tratamento. As alterações estomatológicas foram assim consideradas: Lesões de mucosa bucal relacionadas com dentes natais ou neonatais (doença de Riga - Fede), alterações congênitas (cistos de inclusão, língua geográfica, anquiloglossia), lesões com retenção de líquido (cisto de inclusão, hematoma de erupção), alterações

gengivais (gengivite, gengivite de erupção), doenças infecciosas (candidíase, gengivostomatite herpética primária), tumores e outros. Os resultados obtidos foram: a) 21,00% das crianças apresentaram alteração de mucosa; b) a faixa etária na qual as alterações foram mais frequentes foi a do 0 a 3 meses (26,98%); c) considerando-se apenas as crianças afetadas, as alterações mais prevalentes foram os cistos de inclusão (35,71%), seguidos de língua geográfica (23,81%) e candidíase (11,90%). Os cistos de inclusão foram mais frequentes no sexo feminino (10,87%) e a língua geográfica foi mais prevalente no sexo masculino (6,48%). Pode-se observar que as alterações relacionadas com erupção como a gengivite de erupção teve 3 casos (1,5%) e a lesão com retenção de líquido tanto o cisto de erupção como o hematoma de erupção ocorreu 2 casos (1%) uma criança na idade de 4 a 12 meses e outro na faixa etária de 13 a 24 meses. Não foram encontrados tumores. O estudo revelou, ainda, que não foi necessário tratamento em 76,19% dos casos. Concluindo, os resultados indicam que a maioria das alterações bucais nessa faixa etária são benignas e não requerem nenhum tipo de tratamento específico. Mesmo assim, faz-se importante que os profissionais que atuam com crianças conheçam tais alterações, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção.

BODNER (2002) realizou um levantamento, durante um período de dez anos, das principais lesões císticas em pacientes pediátricos, no análise foi submetidos 69 crianças com lesões císticas, sendo realizado exame clínico e radiográfico mais detalhado e após o diagnóstico foram tratadas com sucesso. Diante do resultado verificou que o cisto de erupção era o tipo de cisto mais prevalente em crianças com idade média de 4,7 anos. Essa lesão ocorre somente em tecido mole é formada pelo acúmulo de fluido tissular dentro do espaço folicular ao redor da coroa de um dente em erupção podendo ser decíduo como permanente, sendo difícil de detectar radiograficamente. Clinicamente apresenta uma região aumentada na mucosa da crista alveolar, de coloração pálida, não apresentando sintomatologia dolorosa. Porém essa região pode apresentar sangue dentro do cisto e possuir uma coloração azulada em consequência do extravasamento sanguíneo devido talvez a trauma no local. Nesses casos, o

termo hematoma de erupção é mais indicado.

BODNER, GOLDSTEIN e SARNAT (2004); num levantamento atenderam 24 pacientes (idade média de 4,4 anos, faixa de 1 mês-12 anos) com cisto de erupção. O cisto de erupção foi associado com dentes natais em 2 casos (8,3%), com dentes decíduos em 10 casos (41,6%) e com os dentes permanentes em 12 casos (50%), ou seja pode ocorrer em qualquer dentição. Houve uma predisposição do gênero masculino sendo de 2:1. O principal dente acometido foi o incisivo central decíduo seguido dos primeiros molares permanentes. A aparência clínica de uma massa gengival roséa ou azulada na gengiva sobre o rebordo alveolar contornando a coroa do dente em erupção de tamanho variável. O tipo de tratamento fornecido foi uma das seguintes opções: sem nenhum tratamento (10 casos, 42%), extração (2 casos, 8%) e marsupialização (12 casos, 50%). Todas as amostras cirúrgicas foram submetidos a exame histopatológico. Este tipo de lesão é recomendado um tratamento mais conservador possível.

MOTISUKI, LIMA e SANTOS-PINTO (2011) realizaram um trabalho de levantamento bibliográfico na base de dados MEDLINE, limitando-se o período aos últimos 15 anos, com o objetivo de apresentar as principais lesões encontradas na cavidade bucal de crianças tendo a finalidade de auxiliar o profissional de saúde a diagnosticá-las e tratá-las de forma adequada, assim como diferenciá-las de patologias potencialmente malignas. Na análise dos trabalhos se evidenciou a etiologia, aspectos clínicos, sintomatologia e possíveis tratamentos para as principais lesões que acometem a mucosa oral em crianças. A prevalência de lesões bucais em crianças é demonstrada na literatura em estudos retrospectivos que utilizam biópsias orais ou mesmo por levantamentos epidemiológicos relacionados a condições específicas em populações infantis, como idade, sexo, alterações sistêmicas e alergias. Além dos aspectos clínicos, os relatos sintomáticos e a história da lesão são fundamentais para um diagnóstico seguro. Em virtude da importância do diagnóstico precoce para o estabelecimento de um tratamento adequado, o objetivo deste trabalho é apresentar as principais alterações em tecido mole da cavidade bucal freqüentemente observadas em crianças, com exceção das doenças gengivais e periodontais. As principais lesões achadas foram a mucoccele, infecção primária

pelo vírus herpes simples (HSV), herpes recorrente, língua geográfica, úlcera aftosa recidivante, candidose e cisto de erupção. Apesar da dificuldade em se realizar o diagnóstico de lesões bucais, devido a pouca informação obtida do paciente infantil durante a anamnese, à semelhança clínica das lesões e à presença de infecções secundárias, esse estudo fornece informações para auxiliar o profissional no diagnóstico das principais lesões de tecido mole que acometem crianças e na indicação dos cuidados e tratamentos adequados. Cisto de erupção é uma lesão, localizada somente em tecido mole, formada pelo acúmulo de fluido tissular dentro do espaço folicular ao redor da coroa de um dente em erupção. Clinicamente se apresenta como uma região intumescida na mucosa da crista alveolar, de coloração semelhante ao tecido normal, não apresentando sintomatologia dolorosa. Porém essa região pode sofrer traumatismos e aparentar uma coloração azulada em consequência do extravasamento sanguíneo. Nesses casos, o termo hematoma de erupção é mais indicado. Se a erupção do dente ocorrer espontaneamente, através do cisto, não há necessidade de tratamento; caso contrário, uma incisão no tecido gengival pode ser realizada para facilitar esse processo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com hemangioma e épulis congênito.

4- SINAIS CLÍNICOS

Clinicamente a lesão aparece como uma tumefação translúcida, circunscrita, normalmente unilocular, regular, flutuante da crista óssea sobre o dente. Quando a cavidade cística que circunda a coroa do dente contém sangue, a tumefação tem a cor violácea ou azul escura daí a denominação “hematoma de erupção”. O exame radiográfico revela uma área radiotransparente associada de algum modo à coroa de um dente em erupção (SHAFER, 1985).

A manifestação clínica da lesão ocorre durante a erupção do dente e caracteriza-se por aumento de volume de coloração azulada, depressível à palpação pelo conteúdo líquido, em associação à coroa do dente (ARAÚJO e ARAÚJO, 1984).

Segundo KOCH et al., (1995), geralmente o cisto de erupção se apresenta como um edema pequeno e homogêneo nos tecidos gengivais no local do dente em erupção.

MC DONALD e AVERY (1995), o hematoma de erupção manifesta-se como uma área elevada de cor roxa azulada, que aparece poucas semanas antes da erupção de dente decíduo ou permanente. Normalmente o cisto com sangue é visto com maior frequência em regiões de molares, devido a funções mastigatórias causarem trauma na região.

Para PINKHAM et al., (1996) normalmente, o cisto ou hematoma de erupção é um aumento localizado na mucosa alveolar de cor azulada, com a presença de uma coroa não irrompida. Usualmente assintomático, apresenta doloroso apenas se estiver inflamado, ocorre na 1° e 2° década de vida, sem predileção sexual, sempre envolvido com um dente em erupção e podem ocorrer em ambas as dentições. Tem diagnóstico diferencial de hemangioma e linfangioma neonatal alveolar.

Segundo CORRÊA (1998), e quando o cisto é preenchido com sangue, a área elevada torna-se de cor azulada ou púrpura e passa a ser designado hematoma de erupção. Normalmente ocorre na região de incisivos e molares.

Clinicamente o cisto tem características bem delimitadas, sendo translúcido e amolecido, superposto diretamente à coroa de um dente em erupção e apresenta a cor azulada ou vermelho-escuro dependendo da quantidade de sangue no fluido cístico. O diagnóstico em geral é feito clinicamente. Tem diagnóstico diferencial de hemangioma, abscesso dentário, tatuagem por amalgama, nevo pigmentado e melanoma maligno (LASKARIS, 2000).

Segundo PEREIRA (2001), hematoma de erupção está associado a um dente em erupção, onde ocorre a dilatação do espaço folicular e também pode ter origem traumática. Normalmente assintomático exceto se estiver inflamado. Tem forma de cúpula, apresenta na cor azulada pode ocorrer tanto na dentição decídua quanto na permanente. Como teste de diagnóstico, a radiografia confirma a existência de um dente não erupcionado e apresentado folículo aumentado.

TOMMASI (2002) relatou que os cistos de erupção são poucos frequentes na infância, contudo sugere-se cautela nesse sentido, já que há relatos de cistos nessa faixa etária. O cisto de erupção é proveniente de uma dilatação do folículo

dental, tanto na dentição decídua como na permanente. Clinicamente são elevações de cor azulada ou vermelha no local onde o dente está irrompendo.

Conforme NEVILLE et al., (2004), o cisto de erupção apresenta uma tumefação mole muitas vezes translucido. Na maioria dos casos são observados em criança menores de 10 anos e pode ocorrer em qualquer dente, porém tem uma frequência maior em molares permanentes e incisivos superiores. Um traumatismo na superfície pode resultar em presença de sangue no líquido cístico, resultando numa coloração azulada ou púrpura sendo assim denominado Hematoma de erupção.

COSER et al., (2004), apresentaram um relato de caso clínico, de um paciente de 1 ano e 9 meses, do sexo masculino que compareceu a Clínica de Bebê da UNIARARAS, com a queixa de lesão localizada de cor azulada que lhe causava dor e desconforto, na região posterior esquerda. Depois de feita a anamnese e exame clínico, foi constatada a presença de uma tumefação mole e flutuante de 1 cm de tamanho na região de primeiro molar decíduo superior esquerdo, o dente apresentava em processo de erupção. Foi realizada uma punção, utilizando uma sonda exploradora, realizando a drenagem do fluido acumulado, extraiu-se um líquido sanguinolento no interior do cisto. Neste caso não foi realizado o análise histopatológico, pois o aspecto clínico foi suficiente para o diagnóstico e indicação do tratamento cirúrgico. O paciente mostrou-se com alívio após o procedimento cirúrgico. E no período de 3 dias o dente erupcionou normalmente que foi relatado pela mãe posteriormente.

GUEDES-PINTO (2010), o cisto ou hematoma de erupção tem aspecto de uma lesão bolhosa, translúcida, que pode conter apenas líquido ou ter aparência de hematoma, com pigmento hemoglobínico, com cor azulada.

5- TRATAMENTO

A maioria dos autores concordam que o cisto de erupção ou hematoma de erupção, não necessitam de nenhum tratamento, pois a lesão tende a desaparecer conforme o dente erupciona normalmente no arco dentário.

ARAÚJO e ARAÚJO (1984) relatam que com a continuidade do processo de erupção, a lesão com frequência se rompe, não sendo necessário tratamento específico.

Segundo SHAFER (1985) o cisto, muitas vezes, não requer tratamento, pois o dente faz a erupção na cavidade bucal sem qualquer demora significativa, porém caso necessário intervir, ele preconiza como tratamento, a excisão parcial da estrutura cística, do tecido que recobre o dente, para facilitar a erupção dentária.

FRIEND, HARRIS e MINCER (1990) relatam que alterações da cavidade bucal como os cistos de inclusão, dentes natais ou neonatais, cistos ou hematoma de erupção, gengivite eruptiva, dentre outras são geralmente comuns, na maioria das vezes inócuas e resolvem-se com o tempo, sem necessidade de tratamento.

KOCH et al., (1995) eles indicam a marsupialização como tratamento do cisto de erupção, caso o dente não erupcione.

Em geral após alguns dias o dente irrompe e o hematoma de erupção desaparece, não sendo necessário tratamento, porém em alguns casos se justifica a exposição cirúrgica da coroa em casos mais complicados (MC DONALD e AVERY -1995).

PINKHAM et al., (1996) afirmam que apenas se estiver inflamado o cisto, fazemos uma drenagem do local. Mas normalmente nenhum tratamento é necessário e também infrequentemente atrasa a erupção dentária.

GUEDES-PINTO (1997) afirma que quando não ocorre uma erupção dentária espontânea, o cirurgião-dentista pode realizar um procedimento cirúrgico, denominado Ulectomia, com o objetivo de permitir um caminho desimpedido para esse dente vir a ocupar a sua posição no arco dentário, esta manobra consiste na remoção dos tecidos que revestem a face incisal ou oclusal da coroa dentária de um dente não irrompido, podendo ser decíduo ou permanente. Dessa forma, a Ulectomia está indicada nos casos em que, sem outro motivo aparente, ocorre retardo da erupção dentária. Esse procedimento é indicado quando o quadro clínico torna-se doloroso e incômodo, com a finalidade de drenar o fluido cístico e expor a coroa do dente ao meio bucal. No entanto, para uma correta indicação da técnica é preciso associar os exames clínico e radiográfico da região. Através do

exame clínico, comumente nota-se uma área com aumento de volume e coloração mais pálida ou azulada, além de marcas contornadas, denotando a presença do dente não irrompido.

CORRÊA (1998) não indica qualquer tipo de tratamento já que o cisto tende a desaparecer assim que o dente romper na boca e a lesão desaparece sem maiores complicações.

LASKARIS (2000) relata que caso necessário intervir, fazer uma excisão do teto do cisto para facilitar a erupção do dente.

O tratamento se não romper espontaneamente é indicado a Ulectomia, caso retarde a erupção ou sintomático (PERREIRA-2001).

BODNER (2002) nos casos de cisto de erupção apenas observar e intervir em casos demorados, porém a modalidade de tratamento deve ser o mais conservador possível.

NEVILLE et al., (2004) pode não ser necessário nenhum tratamento, normalmente o cisto se rompe espontaneamente permitindo a erupção dental, mas caso não ocorra, o autor indica fazer uma excisão no revestimento cístico que permita a erupção dentária.

CANDEIRO, CORREIA e CANDEIRO (2009), relataram um caso clínico de uma paciente do gênero feminino, 08 anos, que procurou atendimento odontológico no Centro de Desenvolvimento da Família (CEDEFAM), da Universidade Federal do Ceará, queixando-se da ausência do dente 11. Durante a anamnese, constatou-se a ausência de alterações sistêmicas e não houve relato de fatores que pudesse resultar em tal retardo, como por exemplo, a ocorrência de trauma local ou perda precoce do dente decíduo. Durante o exame clínico intra-oral, foi verificado que o referido dente apresentava-se coberto por uma espessa lâmina de tecido gengival com coloração mais pálida na área correspondente ao bordo incisal do dente 11 e que ao toque, evidenciava a coroa do dente não erupcionado. Após realização de radiografia periapical, foi verificada a presença do elemento dental retido apenas por tecido gengival e não apresentava força eruptiva suficiente para irromper o tecido gengival. Baseados nos dados chegaram à conclusão que seria um cisto de erupção e dessa forma, a opção de tratamento sugerida foi a Ulectomia, seguida preservação do elemento dentária, realizou-se uma incisão elíptica ao redor da mucosa gengival a ser

removida que, após divulsão e exérese do tecido, expôs o bordo incisal no sentido méso-distal do dente 11. Após uma semana, foi observado o início da erupção do elemento dentário, o qual se encontrou com estética e função plenamente restabelecidos em um período de quatro anos.

Nos casos de cistos de erupção, que também podem ser chamados de hematomas de erupção, quando o quadro clínico torna-se doloroso e incômodo não deve ser deixado para uma resolução natural. A terapêutica a ser usada é a cirúrgica, consiste basicamente na exérese dos tecidos que recobrem a coroa do dente, facilitando assim o irrompimento do dente. A resolução cirúrgica do quadro é denominada Ulectomia – quando remove tecido e Ulotomia – quando realizada apenas a incisão, tem a finalidade de drenar o fluido cístico e expor a coroa do dente ao meio bucal, esta deve ser feita imediatamente, pois a postergação do ato cirúrgico pode levar ao fechamento do espaço, pela inclinação dos dentes vizinhos, o que impediria tratamento ortodôntico posterior na recuperação do espaço perdido (GUEDES-PINTO 2010).

DUQUE et al., (2011) relataram um caso de Ulectomia do dente 11, com o objetivo de permitir um caminho livre para esse dente vir ocupar sua posição no arco dentário. O Odontopediatra pode realizar um procedimento cirúrgico simples, que consiste na exérese dos tecidos que revestem a face incisal ou oclusal da coroa dentária de um dente decíduo ou permanente não irrompido, denominado de Ulectomia. Para uma indicação precisa da técnica cirúrgica é necessário o exame clínico e radiográfico minucioso da região. Durante o exame clínico, nota-se a presença de uma área com aumento de volume e coloração mais pálida ou arroxeada com presença de sangue, pelo aumento da camada de queratina do epitélio, além de marcas contornadas, denotando a presença iminente do dente não irrompido. Radiograficamente observa-se um dente não irrompido ou até mesmo outros fatores de interferência na erupção dentária como camada óssea recobrindo a coroa dentária, má-formação dentária, presença de supranumerários, cistos ou odontomas na região, agenesias e também nos casos de cistos de erupção, que podem ser chamados de hematomas de erupção, podem indicar a Ulectomia quando o quadro clínico torna-se doloroso e incômodo, com a finalidade de drenar o fluido cístico e expor a coroa do dente ao meio bucal.

DISCUSSÃO

O cisto de erupção é formado apartir do folículo dentário da coroa do dente em erupção. Pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente. ARAÚJO e ARAÚJO (1984); GUEDES-PINTO (2010) definiram o cisto de erupção como um tipo de cisto dentígero com localização extra-óssea, que tem origem pelo acumulo de exsudato entre o epitélio reduzido do órgão de esmalte e a coroa do dente. Para SHAFER (1985) o cisto de erupção é uma variação distinta do cisto dentígero associado à erupção de um dente, há uma dilatação do espaço folicular à volta da coroa do dente, causada pelo acúmulo de líquido cístico ou sangue.

(KOCH et al., 1995; LASKARIS, 2000; BODNER, GOLDSTEIN e SARNAT, 2004; NEVILLE et al., 2004) definiram o cisto de erupção, sendo um cisto dentígero em tecido mole associado a dente em erupção. Desenvolve-se porque há uma separação do folículo dentário, envolvendo a coroa do dente em erupção, que está dentro do tecido mole sobre o osso alveolar. Normalmente em incisivos, porém pode ocorrer em molares e caninos. O cisto de erupção ocorre dentro da mucosa sobrejacente quando um dente que está prestes a entrar em erupção.

Para CORRÊA (1998) e ASSED (2003), o cisto de erupção é considerado um fator local que afeta o processo de erupção. Durante o processo de erupção, o espaço folicular em torno do dente, pode encher-se com fluido tissular e produzir tumefação flutuante na crista alveolar.

Foram realizadas algumas pesquisas por SEWARD (1972); FRAIZ, KRAMER e VALENTIN (1991); ARAGÃO, VELOSO e MELO (2007); FERREIRA et al., (2009), sobre as principais manifestações sistêmicas e locais durante o período de erupção dentária, concluíram que o cisto ou hematoma de erupção é um achado clínico ou sintoma local, devido o processo de erupção. E segundo GUEDES-PINTO (1997) o hematoma de erupção dentre outros fatores locais

ocasionados pelo processo de erupção é um dos que provocam discreto atraso na erupção. Porém VALENTINE, CARVALHO e CANDELÁRIA (2007) afirmam que alguns fatores sendo de origem local ou sistêmica, podem alterar o processo de erupção dentária e o cisto de erupção é um deles.

ARAÚJO e ARAÚJO (1984); SHAFER (1985); KOCH et al., (1995); GUEDES-PINTO (1997); CORRÊA (1998); AGUILÓ et al., (1998); LASKARIS (2000); TOMMASI (2002), eles concordam que o cisto ou hematoma de erupção pode ocorrer em qualquer dentição, sendo decídua ou permanente.

Para SHAFER (1985) a causa do desenvolvimento desta forma de cisto dentígero, ou seja, o cisto de erupção ainda é desconhecida. Só sabe que o mesmo está sempre associado ao processo de erupção dentária. Existe varios trabalhos realizados sobre as possíveis manifestações locais e sistêmicas durante o processo de erupção e muitos deles relatam o cisto de erupção ou hematoma como uma possível manifestação local causada pelo processo de erupção. Sendo que os autores concordam que a erupção é um processo fisiológico normal. Porém para a etiologia do cisto pode ser associação com cárie precoce na infância, inflamação periapical crônica, trauma em dentes decíduos e predisposição genética.

Já SEWARD (1972) fez uma pesquisa junto das mães, que responderiam um questionário se notavam alguma manifestação durante a erupção dentária e qual era a manifestação. Foram acompanhadas 224 crianças e observou que: a inflamação gengival foi o distúrbio local mais comum. Outra manifestação bastante citada foi à ulceração na mucosa, o autor suspeita que esta ocorra devido ao hábito que a criança tem de colocar objetos na boca e acabam machucando. Algumas mães relataram salivação excessiva e o aparecimento de cistos de erupção, apesar de esta alteração ter sido pouco citada. O autor concluiu que a erupção dental pode sim ser acompanhada de distúrbios localizados.

FRAIZ, KRAMER e VALENTIN (1991) através de uma revisão de literatura discutiram os aspectos fisiológicos da erupção dentária em relação aos sintomas gerais e locais, puderam verificar diversas correntes de opiniões que tentam esclarecer a relação entre a erupção dentária e a sua manifestação. As manifestações como febre, falta de apetite, diarreia, erupções cutâneas e

salivação excessiva, eles consideram consequência da erupção já que é um processo fisiológico normal. E as manifestações locais como úlceras bucais, hiperemia da mucosa e cisto de erupção podem apresentar na região do dente em erupção. Embora BALDANI, LOPES e SCHEIDT (2001) realizaram um levantamento sobre a prevalência de alterações bucais em bebês, envolvendo 200 crianças entre 0 e 24 meses, atendidas em Ponta Grossa - PR. Os resultados foram: 21% das crianças apresentaram alteração de mucosa. Pode-se observar que as alterações relacionadas com erupção como a gengivite de erupção teve três casos (1,5%) e a lesão com retenção de líquido tanto o cisto de erupção como o hematoma de erupção ocorreu dois casos (1%). O estudo revelou que não foi necessário tratamento em 76,19% dos casos, concluindo, que a maioria das alterações nessa faixa etária não requer nenhum tipo de tratamento.

KUCZEK, BEICKLER e FLEMMING (2003) relataram um caso clínico de cisto de erupção em um menino durante o processo de erupção dentária, possivelmente efeito adverso da administração da medicação cefalosporina A, devido a um transplante cardíaco. O diagnóstico clínico de cisto de erupção foi confirmado pelo exame histopatológico. Foi realizada a remoção cirúrgica do tecido que recobre a coroa do dente em erupção, também mudaram a medicação. Após 20 meses não houve registro de recidiva do cisto. Portanto concluíram que a formação de um cisto de erupção pode ser um efeito adverso da cefalosporina.

ARAGÃO, VELOSO e MELO (2007) avaliaram através de um questionário preenchidos por Pediatras e Odontopediatras de João Pessoa – PB, quanto à sintomatologia local e sistêmica durante a erupção dentária. Os Pediatras citaram como manifestação local edema gengival (89,2%), aumento da salivação (83,8%) e inflamação da gengiva (51,4%), já os Odontopediatras mencionaram salivação aumentada (94,7%), hematoma de erupção (63,2%) e edema gengival (63,2%). Os profissionais acreditam que as manifestações de ordem local (89,3%) mais frequente do que de ordem geral (80,4%). Nenhum profissional mencionou a erupção como processo patológico, todos acreditam ser um processo fisiológico normal, que geram alterações sistêmicas, causando um desconforto na criança, tais como, irritabilidade, sono intranquilo, febre e tendência de levar objetos a boca.

Através de um levantamento BODNER, GOLDSTEIN e SARNAT (2004) concluíram que o cisto de erupção pode ocorrer em qualquer dentição. Houve uma predisposição do gênero masculino. O principal dente acometido foi o incisivo central decíduo seguido dos molares permanentes.

ARAÚJO e ARAÚJO (1984); SHAFER (1985); KOCH et al. (1995); GUEDES-PINTO (1997); CORRÊA (1998); LASKARIS (2000); TOMMASI (2002), o cisto de erupção apresenta-se com características clínicas bem definidas, um aumento de volume localizado na mucosa alveolar, que circunda a coroa do dente em erupção, com fluido translúcido. PEREIRA (2001) descreve o cisto em forma de cúpula tendo a coloração azulada. Já GUEDES-PINTO (2010) afirma que dentro do cisto, no fluido pode apresentar pigmento hemoglobínico. Conforme CORRÊA (1998); NEVILLE et al. (2004) em casos do cisto de erupção ter a coloração azulada ou púrpura, a denominação mais correta é hematoma de erupção, ocasionado possivelmente por um trauma. Segundo MC DONALD e AVERY (1995) o cisto com sangue é visto com maior frequência em região de molares, devido a funções mastigatórias causarem um trauma na região.

(BODNER, 2002) relata que o cisto apresenta uma região com aumento na mucosa, de coloração pálida, não apresentando sintomatologia. Porém essa região pode apresentar sangue dentro do cisto por um trauma e ter uma coloração azulada em consequência do extravasamento sanguíneo, neste caso é denominado hematoma de erupção. O mesmo autor em 2004, confirmou após estudos que o cisto tem a aparência clínica de uma massa gengival roséa ou azulada na gengiva sobre o rebordo alveolar contornando a coroa do dente em erupção. E para MOTISUKI, LIMA e SANTOS-PINTO (2011), clinicamente apresenta uma região intumescida na mucosa, de coloração vermelha clara ou pálida. Porém se esta região sofrer traumatismo pode aparentar uma coloração azulada ou púrpura, em consequência do extravasamento sanguíneo. Nesse caso o termo mais indicado é hematoma de erupção. Conforme AGUILÓ et al., (1998) a sua localização mais frequente é na maxila na dentição permanente, e que ocorrem em uma faixa etária entre cinco e nove anos. E houve casos que apresentaram dois ou mais cistos, as lesões eram bilaterais, simétricas e simultânea. Clinicamente aparece como um inchaço transparente se houver

presença de sangue, cor azulada ou azul-negro da mucosa alveolar, sobre a coroa de um dente em erupção.

Os autores (ARAÚJO e ARAÚJO, 1984; SHAFER, 1985; MC DONALD e AVERY, 1995; CORRÊA, 1998 e TOMMASI, 2002) concordam que o cisto de erupção ou hematoma de erupção, não necessita de nenhum tratamento específico, pois a lesão tende a desaparecer conforme o dente erupciona normalmente. Afirmam MOTISUKI, LIMA e SANTOS-PINTO (2011), que se a erupção do dente ocorrer normalmente, através do cisto, não há necessidade de tratamento, caso contrário, uma incisão no tecido gengival pode ser realizada para facilitar esse processo.

FRIEND, HARRIS e MINCER (1990) o cisto ou hematoma de erupção, dentre outras alterações são geralmente comuns, na maioria das vezes inócuas e resolvem-se com o tempo, sem necessidade de tratamento. Já BODNER (2002) recomenda apenas observar e intervir em casos demorados, porém a modalidade de tratamento deve ser o mais conservador possível.

Porém caso necessário intervir, os autores (LASKARIS, 2000); (NEVILLE et al., 2004); preconizam como tratamento, apenas uma incisão no teto do cisto, o tecido que recobre o dente, para facilitar a erupção dentária.

Um possível tratamento conservador COSER et al., (2004) num relato de caso clínico, utilizaram apenas a drenagem do local, com uma sonda exploradora. Um menino de 1 ano e 9 meses, que foi atendido na Clínica de UNIARARAS, com a queixa de lesão localizada de cor azulada que lhe causava dor e desconforto. Depois de feito o exame clínico, foi constatada a presença de uma tumefação mole e flutuante, na região de molar, o dente apresentava em processo de erupção. Neste caso não foi realizado o análise histopatológico, pois o aspecto clínico foi suficiente para o diagnostico.

Afirmam KOCH et al., (1995) caso o dente não erupcione rapidamente eles indicam a marsupialização como tratamento. Já PINKHAM et al. (1996) indicam tratamento apenas se estiver inflamado o cisto, pode ser feito uma drenagem da lesão.

Conforme (GUEDES-PINTO, 1997; PERREIRA, 2001; CANDEIRO, CORREIA e CANDEIRO, 2009; DUQUE et al., 2011) indicam a Ulectomia como tratamento, em casos que não ocorram à erupção dentária espontânea, tendo o

objetivo de permitir um caminho desimpedido para o dente vir a ocupar sua posição, esta manobra consiste na remoção dos tecidos que revestem a coroa do dente não irrompido.

(GUEDES-PINTO 2010) relata que em casos de cistos de erupção com sintomatologia dolorosa não deve deixar para uma resolução natural, neste caso a Ulectomia tem a finalidade de drenar o fluido cístico e expor a coroa do dente ao meio bucal, sendo feita imediatamente, pois a postergação do ato cirúrgico pode levar ao fechamento do espaço. CANDEIRO, CORREIA e CANDEIRO (2009), relataram um caso de uma menina de 08 anos, queixou-se da ausência do dente 11. Após exame clínico e radiográfico, diagnosticaram que seria um cisto de erupção e a opção de tratamento foi a Ulectomia. Após uma semana, foi observado o início da erupção normalmente do dente. Conforme DUQUE et al., (2011) a Ulectomia, é um procedimento cirúrgico simples. Mas para uma correta indicação é necessário um exame clínico e radiográfico minucioso da região. Sendo que no exame clínico, nota-se uma área com aumento de volume e coloração mais pálida ou podendo ser arroxeadada com presença de sangue, além de marcas contornadas, nota-se a presença do dente não irrompido. E radiograficamente observa-se um dente não irrompido.

MOTISUKI, LIMA e SANTOS-PINTO (2011), realizaram um levantamento bibliográfico, nos últimos 15 anos. Em virtude da importância do diagnóstico precoce para um tratamento adequado, o objetivo do trabalho é apresentar as principais alterações em tecido mole da cavidade bucal observadas em crianças. Entre as principais lesões achadas está o cisto de erupção.

BALDANI, LOPES e SCHEIDT (2001) concluem da importância que os profissionais que atuam com crianças, conheçam tais alterações, no sentido de tranquilizar os pais e de estarem atentos para a necessidade de alguma intervenção.

CONCLUSÃO

Através do referido estudo, pode-se constatar que a maioria dos autores analisados, aponta o cisto de erupção ou hematoma de erupção como uma manifestação local ou sintomatologia causada pelo processo de erupção dentária.

Sendo uma lesão, que pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente e que na maioria dos casos indolor e não requer tratamento, com o tempo a lesão desaparece e o dente erupciona normalmente. Sendo de fácil diagnóstico, basta um exame clínico preciso.

Porém os profissionais que trabalham com criança, devem conhecer os sintomas locais e sistêmicos associado à erupção dentária, para reconhecer facilmente esta lesão e podendo assim passar as devidas orientações aos pais e tranquilizá-los, por ser uma lesão simples.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILÓ, L.; CIBRIÁN, R.; BAGÁN, J. V.; GANDIÁ, J. L. Eruption Cysts: Retrospective Clinical Study of 36 cases. **J Dent Children**, Chicago, 1998, vol.65, n.2,p.102-106.

ARAGÃO, A. K. R.; VELOSO, D. J.; MELO, A. U. C de. Opinião dos Pediatras e Odontopediatras de João Pessoa sobre a Erupção Dentária Decídua e Sintomatologia Infantil. **Com Ciências Saúde**, vol. 18(1), p.45-50, 2007.

ARAÚJO, N. S. de ; ARAÚJO, V. C. de. **Patologia Bucal**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1984, Cap. 6, p. 99-116.

ASSED, A. **Odontopediatria: Bases Científicas para a Prática Clínica**. 1º ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2003, p.200-208.

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. da L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de Alterações Bucais em Crianças Atendidas nas Clínicas de Bebês Públicas de Ponta Grossa - PR, Brasil. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, vol. 15, n. 4, p. 302-307, out./dez. 2001.

BODNER, L. Cystic Lesions of the Jaws in Children. **Int J Pediatric Otorhinolaryngol**,2002,vol.62,p.25-29.

BODNER, L. GOLDSTEIN, J.; SARNAT, H.; Eruption Cysts: a Clinical Report of 24 new cases. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 2004 , vol. 29, n. 2, p. 183-186.

CANDEIRO, G. T. de M.; CORREIA, F. C.; CANDEIRO, S. A. L. de M. Ulectomia como Opção Cirúrgica no Retardo da Erupção Dentária: Relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, vol.30, n.2, p. 45-49, julho/dezembro 2009.

COSER, R. M.; FLÓRIO, F. M.; MELO, B. P. de.; QUAGLIO, J. M. Características Clínicas do Cisto de Erupção, **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, vol. 52, n.3, p. 180-183, jul/ago/set. 2004.

CORRÉA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1º ed. São Paulo: Ed. Santos, 1998. Cap. 11, p. 117-130

CORRÉA, M. S. N. P.; VILLENA, R. S.; FRASCINO, S. M. V. Avaliação Clínica das Características da Cavidade Bucal e da Ocorrência de Anomalias em Recém - Nascidos. **Rev Paul Odontol**, vol. 19, n. 3, p. 34-40, maio/jun. 1997.

DUQUE, C.; ARANHA, A. M. F.; CARRARA, C. F. C.; HOSHI, A. T. Ulectomia: Relato de Casos Clínicos. Disponível em: <<http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa23.htm> >

Acesso em: 13 de maio 2011.

FERREIRA, F. V.; MACHADO, M. V. S.; ARDENGHI, T. M.; PRAETZEL, J. R. Manifestações Sistêmicas e/ou Locais Associadas à Erupção dos Dentes Decíduos: Estudo Retrospectivo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, vol.9(2): p. 235-239, maio/ago. 2009.

FRAIZ, F. C.; KRAMER, P. F.; VALENTIN, C. Erupção dos dentes decíduos – Manifestações Locais e Gerais. **Rev. Fac. Odontol. F.Z.L**, vol. 3, n.1, p. 45-50, janeiro/junho 1991.

FRIEND, G. W.; HARRIS, E. F.; MINCER, H. H. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. **Pediatr Dent**, vol. 12, n. 3, p. 157-161, May/June, 1990.

GIGLIO, E. M. O Significado Psicológico dos Dentes. **Rev Odont Metodista**, vol.4, n.2, p.37-40, 1983.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6° ed. São Paulo, Ed. Santos, 1997. Cap. 2, p. 17-34.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 8° ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010. Cap. 23, p. 381-395.

LASKARIS, G. **Atlas Colorido de Doenças Bucais da Infância e da Adolescência**. São Paulo: Ed. Santos, 2000. Cap.10, p 98-103.

KOCH, G.; MODEÉR, T.; POUSEN, S.; CRASMUSSEN, P. **Odontopediatria – Uma Abordagem Clínica**. São Paulo: Ed. Santos, 1995. Cap. 17. p. 295-327.

KUCZEK, A.; BEIKLER, T.; FLEMMING, T. F. Eruption Cysts Formation Associated with Cyclosporin A. **J Clin Periodontol**, vol. 30, n. 5, p. 462-466, may 2003.

MC DONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 7° ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara- Koogan, 1995, Cap. 9, p. 129-150.

MOTISUKI, C.; LIMA, L. M. SANTOS-PINTO, L. Abordagem Clínica das Principais Lesões Bucais em Crianças. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3060

Acesso em: 27 de abril 2011.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia **Oral & Maxilofacial**. 2º ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2004. Cap. 15. p. 565-616.

PEREIRA, M. B. B. **Urgências e Emergências em Odontopediatria – Primeiros Anos de Vida**. 2001. Curitiba: Ed. Maio, Cap.2. p. 58-59.

PINKHAM, J. R.; CASAMASSIMO, P. S.; FIELDS, H. W.; MC TIGUE, D. J.; NOWAK, A. **Odontopediatria da Infância à Adolescência**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1996. Cap. 3. P. 34-62.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 3º ed. São Paulo: Ed. Pancast, 2002. Cap. 29. p. 495-526.

SEWARD, M. H. General Disturbances Attributed to Eruption of the Human Primary Dentition. **J Dent Child**, Chicago. vol. 39, n. 3, p. 178-183. may/jun 1972.

SHAFER, W. G. **Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1985. Cap.4. p. 239-294.

VALENTINE, F. F., CARVALHO, P. L.; CANDELÁRIA, F. L. A. Estudo dos Fatores que Alteram a Cronologia de Erupção Dentária. **Rev Virt Odontol**. 2007; vol.1(3), p. 18-23.

